

CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA · UMIBA

Plástica pielo-ureteral laparoscópica

A estenose da junção pieloureteral é a afecção congênita do ureter mais frequente que provoca a dilatação do sistema pielocalicial. Quando não é tratada a tempo, leva à deterioração progressiva e à atrofia da unidade renal.¹

VANTAGENS DA TÉCNICA

Fundamento clínico

A plástica pieloureteral “aberta ou convencional” foi descrita originalmente por Anderson e Hynes em 1943 e tornou-se o tratamento de escolha para essa patologia, com taxas de sucesso superiores a 90%. No entanto, a alta morbidade dessa técnica levou os urologistas a desenvolver opções terapêuticas menos invasivas.²

Desde então, diferentes técnicas minimamente invasivas foram descritas para tratar essa patologia, entre elas a endopielotomia anterógrada e retrógrada, a dilatação com balão e a endopielotomia sob visão radioscópica. Embora reduzam a morbidade da cirurgia aberta, fazem-no à custa de uma taxa de sucesso nitidamente inferior, mesmo com adequada seleção de casos (56 a 70%).^{3,4}

Em 1993, Schuessler e cols.⁵ descreveram a plástica pieloureteral laparoscópica, que reproduz os passos da cirurgia aberta e alcança uma taxa de sucesso comparável, reduzindo a morbidade pós-operatória, o tempo de internação e o tempo de convalescença desta. Hoje, a plástica pieloureteral laparoscópica é o tratamento de escolha para essa patologia.⁶

As vantagens desta abordagem em relação à cirurgia convencional são as seguintes.^{7,8}

– Menos dor no pós-operatório. – Baixa taxa de complicações (2 a 11%). – Incisões menores e mais estéticas (3 ou 4 incisões menores que 1 cm). – Menor tempo de internação (2,2 a 2,8 dias). – Excelentes resultados funcionais a longo prazo (87 a 100%). – Cirurgia mais precisa (magnificação visual do laparoscópio). – Retorno precoce ao trabalho (cerca de 15 dias).

A plástica pielo-ureteral laparoscópica é, hoje, o tratamento de escolha para essa patologia, pois alcança excelentes resultados funcionais a longo prazo, desde que haja indicação cirúrgica adequada e de acordo com a experiência do cirurgião responsável.

1. Christopher GE. Minimally Invasive Treatment of Ureteropelvic Junction Obstruction: A critical Analysis of Results. Eur Urol. 2007; 52: 983-9. 2. O'Reilly PH, Brooman PJ, Mak S y cols. The long-term results of Anderson-Hynes pyeloplasty. BJU Int. 2001; 87: 287-9. 3. Brooks JD, Kavoussi LR, Preminger GM y cols. Comparison of open and endourologic approaches to the obstructed ureteropelvic junction. Urology 1995; 48:791. 4. Meretik I, Meretik S y Clayman RV. Endopyelotomy: Comparison of ureteroscopic retrograde and antegrade percutaneous techniques. J Urol. 1992; 148:775. 5. Schuessler W, Grune M, Tecuanhuey L y cols. Laparoscopic dismembered pyeloplasty. J Urol. 1993; 150: 1795-9. 6. Symons S, Bhirud P, Jain V. Laparoscopic Pyeloplasty: Our New Gold Standard. J Endourol. 2009; 23(3): 463-7. 7. Jarret T, Chan D, Charambura T y cols. Laparoscopic pyeloplasty: the first 100 cases. J Urol. 2002; 167:1253. 8. Calvert R, Morsy M, Zelhof B y cols. Comparison of laparoscopic and open pyeloplasty in 100 patients with ureteropelvic junction obstruction. Surg Endoscop. 2008; 22: 411-14.

VER O PROCEDIMENTO

[umiba.org/procedimentos/ →](http://umiba.org/procedimentos/)

CONSULTAS E AGENDAMENTOS

[umiba.org/contato/ →](http://umiba.org/contato/)